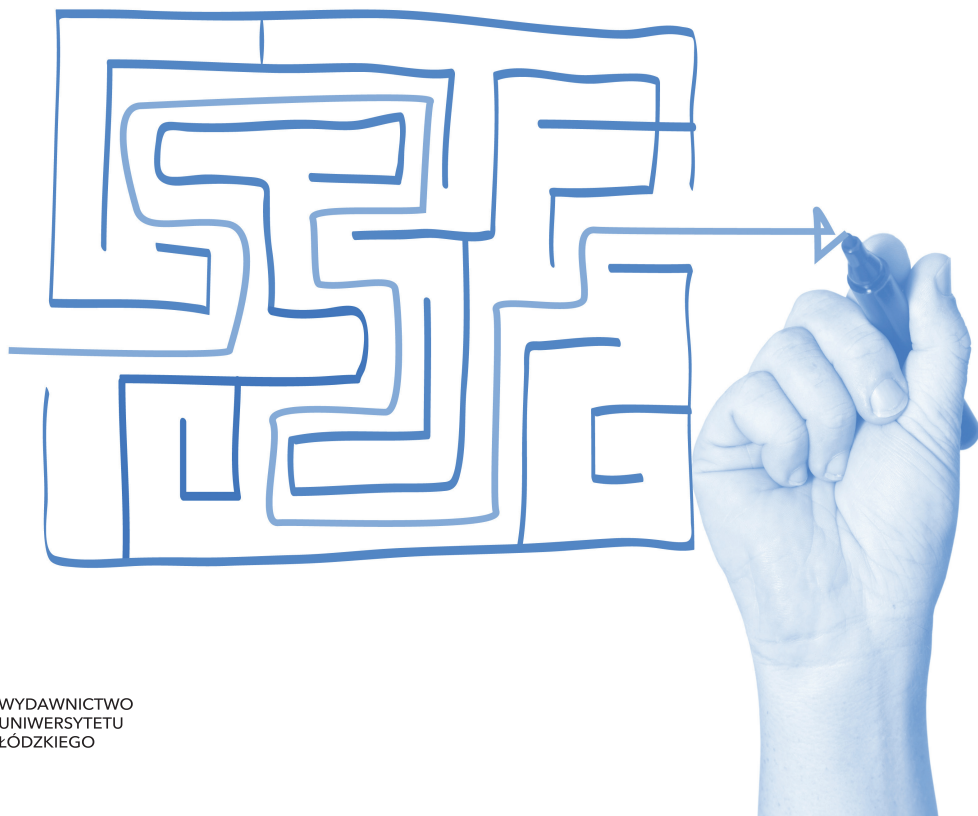


Ekonomia

Samorządowa polityka społeczna

Wyzwania i działania

pod redakcją Justyny Przywojskiej



Monika Mazur¹

Programy zdrowotne na poziomie lokalnym jako przykład działań z zakresu lokalnej polityki społecznej

Abstrakt: Głównym celem rozdziału jest przedstawienie i omówienie programów zdrowotnych realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego na terenie województwa łódzkiego. Lokalne programy zdrowotne obejmują działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia. Należy je postrzegać jako system ochrony zdrowia, który stanowi element polityki społecznej.

Słowa kluczowe: programy profilaktyczne, HPV, promocja zdrowia, profilaktyka zdrowotna, polityka społeczna.

Wprowadzenie

Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dają jednostkom samorządu terytorialnego szeroki zakres swobody w tworzeniu lokalnej polityki w zakresie ochrony zdrowia, wynikającej z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców na danym terenie. Wynika to z przyjęcia trafnego założenia, że obok ogólnego, scentralizowanego modelu ochrony zdrowia, opartego na obowiązkowym, powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, w ramach którego udzielane są świadczenia zdrowotne na zasadach i w zakresie wskazanym ustawą, jednostki samorządu terytorialnego powinny posiadać uprawnienia do podejmowania działań odpowiadających potrzebom społeczności na rzecz której działają. Uprawnienia do tworzenia lokalnej polityki w formie lokalnych programów zdrowotnych posiadają jednostki samorządu terytorialnego wszystkich szczebli.

Tworzenie lokalnych programów obejmujących działania w zakresie profilaktyki i leczenie poszczególnych chorób stanowi element polityki zdrowia przygotowywanej na dany rok, bądź przyjmowanej jako program wieloletni, będącej częścią gminnej (miejskiej) strategii polityki społecznej. Lokalna polityka społeczna winna opierać się przede wszystkim na działaniach władz samorządu terytorialnego, jako podmiotów podejmujących działania na rzecz obywateli zróżnicowane i dostosowane do lokalnych potrzeb, w oparciu o rozeznane potrzeby i preferencje ludności. Realizowany w Polsce model subsydiarności jest jedyną drogą rozstrzygania problemów społecznie ważnych².

Na system ochrony zdrowia należy patrzeć jako na jeden z elementów szeroko rozumianej polityki społecznej. Państwo powinno podejmować szerokie i wieloaspektowe działania z zakresu polityki społecznej, w tym ochrony i promocji zdrowia.

¹ Doktorantka w Katedrze Pracy i Polityki Społecznej, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki.

² E. Kulesza, *Lokalna polityka społeczna*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013, s. 116.

Ponieważ tylko kompleksowe działania pozwalają połączyć wysiłki państwa, innych podmiotów, ale i samych obywateli w celu utrzymania i poprawy zdrowia³. Celem rozdziału jest pokazanie realizacji zadań jednostek samorządu województwa łódzkiego poprzez wdrażanie licznych programów profilaktycznych, a jednocześnie jest to przykład działań z zakresu lokalnej polityki społecznej.

Obowiązki władz publicznych odnośnie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Konstytucja RP, nakłada w art. 68 ust. 2 na władze publiczne obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – dalej nazwana u.s.o.z. (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) w rozdziale 2 zatytułowanym „Zadania władz publicznych” szczegółowo określa zadania władzy wykonawczej w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Przepis art. 6 u.s.o.z. ogólnie opisuje w otwartym katalogu najważniejsze zadania, wskazując na: 1) tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, 2) analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, 3) promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu – oraz 4) finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej. Dalsze przepisy ustawy uszczegóławiają ten katalog w odniesieniu do kolejnych organów władzy publicznej – samorządowej (gmina, powiat, samorząd województwa, w rozbiciu na zadania własne i zlecone) i rządowej (wojewoda, minister właściwy do spraw zdrowia i minister właściwy do spraw finansów publicznych).

Jako zadania własne gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej art. 7 ust. 1 u.s.o.z. wskazuje (w szczególności) na:

- 1) opracowywanie i realizację oraz ocenę efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy,
- 2) przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach zdrowotnych,
- 3) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami, a także

- 4) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Wymienione w tym przepisie zadania mają przede wszystkim charakter wytycznych odnoszących się do prowadzenia na szczeblu gminy polityki społecznej w zakresie zdrowia. Programy zdrowotne są opracowywane, wdrażane i oceniane z punktu widzenia interesu publicznego, a nie indywidualnego (zasada dobra wspólnego). Podobnie władze mają jedynie „wytyczać kierunki” przedsięwzięć, które powinny „zmierzać” do „zaznajamiania” (a nie „zaznajomienia”) mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami. Szczególnie szeroki i niekonkretny jest obowiązek podejmowania „innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy”. Wątpliwości nie budzi natomiast zadanie przekazywania powiatowi informacji o realizowanych programach zdrowotnych.

³ G. Magnuszewska-Otulak, *Wybrane problemy polityki zdrowotnej w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej” 2013, nr 21.

Kolejna regulacja, czyli art. 8 u.ś.o.z., opisuje zadania własne powiatu w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, wskazując (w szczególności) na:

- 1) opracowywanie i realizację oraz ocenę efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami,
- 2) przekazywanie marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach zdrowotnych,
- 3) inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu,
- 4) pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia, a także
- 5) podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.

Podobny katalog w odniesieniu do zadań własnych samorządu województwa w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej zawiera art. 9 u.ś.o.z. Wymienia on:

- 1) opracowywanie i realizację oraz ocenę efektów programów zdrowotnych wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami, oraz ewentualnych innych programów służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia,
- 2) przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach zdrowotnych,
- 3) inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia – i w końcu
- 4) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa. Także i w tym przypadku można mówić jedynie o normach programowych i wytycznych dla władzy publicznej⁴.

Programy zdrowotne

Zgodnie z definicją zawartą w art. 5 pkt 30 u.ś.o.z. program zdrowotny to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej, ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Działania w analogicznym zakresie opracowane, wdrażane, realizowane i finansowane przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego stanowią program polityki zdrowotnej w rozumieniu art. 5 pkt 29a u.ś.o.z. ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 z późn. zm.).

⁴ D. E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 47–49.

Z dniem 1 stycznia 2015 r. zostały wprowadzone zmiany dotyczące programów zdrowotnych między innymi polegające na rozróżnieniu programów zdrowotnych od programów polityki zdrowotnej (art. 48 ust. 1 u.ś.o.z.). Projekty programów polityki zdrowotnej będą opracowywane na podstawie map potrzeb zdrowotnych. Ogólnopolska Mapa Potrzeb Zdrowotnych oraz mapy regionalne (dla terenu województwa) początkowo sporządzane będą wyłącznie w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Pojęcie programu zdrowotnego ma szerszy zakres niż programu profilaktycznego, gdyż program zdrowotny dotyczy zarówno działań profilaktycznych, jak i leczniczych⁵.

W projekcie ustawy o zdrowiu publicznym, który został przekazany do konsultacji społecznych należy pozytywnie ocenić ten pomysł, ponieważ niezbędne jest podejmowanie wszelkich działań w warunkach szeroko rozumianej profilaktyki, która umożliwia przede wszystkim zachowanie zdrowia, ale także stworzenie mechanizmów, które pozwalają między innymi na jak najwcześniejsze wykrycie chorób, co zwiększa szanse na ich wyleczenie i powrót do ogólnej sprawności pacjenta. Bardzo ważnym elementem ustawy o zdrowiu publicznym jest wynikające z art. 9 projektu ustawowe upoważnienie dla Rady Ministrów do wydania rozporządzenia, wprowadzającego Narodowy Program Zdrowia. Dokument ten, jako strategiczny będzie miał na celu realizację założeń polityki zdrowia publicznego, między innymi poprzez ścisłą koordynację działań w tym zakresie, pomiędzy administracją rządową i samorządową oraz organizacjami pozarządowymi i podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego⁶.

Promocja zdrowia

Promocja zdrowia jest pojęciem młodym. Przeniesione do polskiego słownictwa angielskie określenie *health promotion*, może oznaczać „krzewienie zdrowia”, „krzewienie zdrowego trybu życia” bądź „krzewienie higieny”. Nie do końca zdefiniowane pojęcie promocji zdrowia zależy od wielu czynników, głównie jednak stale poszerzającej się strefy zastosowań i strategii związanych z nim działań⁷. Promocja zdrowia pojawiła się po raz pierwszy w USA w 1975 r., jako synonim terminu „edukacja zdrowotna”. Pierwszym aktem ustawodawczym, w którym ze względów proceduralnych, zastosowano termin „promocja zdrowia”, był dokument *The Health Information and Health Promotion Act*, stanowiący element ustawy o oświacie zdrowotnej. Wówczas też utworzono pierwsze biuro federalne ds. promocji zdrowia. W 1979 r. biuro stworzyło definicję „Każdą formę łączenia oświaty zdrowotnej z działaniem interwencyjnym, o charakterze organizacyjnym, politycznym i ekonomicznym, skierowanym na zmiany behawioralne i środowiskowe sprzyjające zdrowiu”⁸.

⁵ T. Zimna, *Programy zdrowotne – realizacja i zasady finansowania*, Serwis Prawo i Zdrowie, Wolters Kluwer, Warszawa 2014.

⁶ M. Łokaj, *Projekt ustawy o zdrowiu publicznym – zakres regulacji i skutki*, Serwis Prawo i Zdrowie 2015.

⁷ G. Jonderko, C. Marcisz, „Promocja zdrowia – podstawy teoretyczne i praktyczne”, *Medycyna Środowiskowa* 2008 11(1) s. 79 za: Karski J. B., *Promocja zdrowia w okresie przemian systemowych służby zdrowia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne” 1994; C5, s. 194–200.

⁸ A. Piasecka, *Komunikowanie wartości zdrowia w polskich kampaniach społecznych – wymiar edukacyjny*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2008, s. 89–90.

W 1984 r. Regionalne Biuro Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego opublikowało dokument dyskusyjny na temat promocji zdrowia. Określano w nim promocję jako proces, który umożliwia jednostkom i grupom zwiększenie kontroli nad czynnikami determinującymi zdrowie⁹.

Definicja promocji zdrowia zawarta w Karcie Ottawskiej jest szeroko znana i uznana. Brzmi ona następująco: „Promocja zdrowia jest to proces umożliwiający (*enabling*) ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem i polepszenie go (*improve*)”¹⁰.

Innymi słowy, jak pisze Z. Słońska, pojęcie promocji zdrowia zawarte w Karcie Ottawskiej oznacza proces umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę. Zgodnie z przyjętymi w karcie zasadami, promocja zdrowia koncentruje się nie tyle na osobach zagrożonych określonymi chorobami, co na całej populacji rozpatrywanej w kontekście codziennego życia¹¹.

Można przytoczyć jeszcze wiele definicji promocji zdrowia. Na uwagę zasługuje ta zaproponowana przez M. P. O'Donnella. Dla niego promocja zdrowia zyskała miano nauki oraz dziedziny praktycznej, ułatwiającej i wspierającej wybór stylów życia jednostek; stylów, które zoptymalizowałyby ich stan zdrowotny¹².

Definicja promocji zdrowia zawarta jest również w art. 2 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.) zgodnie z którą są to działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu.

Profilaktyka i zwalczanie chorób nowotworowych jako wyzwanie współczesnej polityki zdrowia

Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny polskiego społeczeństwa. Od 2003 r. co roku stwierdza się ponad 120 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, przy czym w ciągu 2010 r. stwierdzono ich już ponad 138 tys., tj. prawie 2,5 tys. więcej niż w roku 2009. Stosunkowo najczęściej nowotwory złośliwe lokalizują się w narządach trawiennych, oddechowych i klatki piersiowej oraz w narządach płciowych – stanowiły one prawie 55% wszystkich nowotworów wykrytych w 2010 r. Rosnącą liczbę zachorowań na nowotwory złośliwe odzwierciedla wskaźnik zachorowalności. W 2010 r. stwierdzono blisko 359 nowych zachorowań na 100 tys. ludności, podczas gdy na początku dekady (w 2000 r.) – 299, czyli o 60 przypadków mniej. Wzrost liczby zachorowań odnotowano na terenie prawie całego kraju, za wyjątkiem województwa dolnośląskiego, śląskiego i małopolskiego. Stosunkowo najbardziej wzrosła liczba nowo wykrytych nowotworów u mieszkańców województw: zachodniopomorskiego i lubelskiego (wzrost o około 10% w porównaniu z rokiem ubiegłym).

⁹ Tamże, s. 90.

¹⁰ J. A. Indulski, Z. Jethona, L. T. Dawydzik (red.), *Zdrowie publiczne – wybrane zagadnienia*, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2000, s. 335.

¹¹ M. Synowiec-Piłat, *Promocja zdrowia i profilaktyka onkologiczna w działaniach organizacji pozarządowych*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2009, s. 43.

¹² A. Piasecka, *op. cit.*, s. 91–92.

W 2010 r. największą zachorowalność na nowotwory złośliwe stwierdzono u mieszkańców województwa pomorskiego (415 zachorowań na 100 tys. ludności), a w następnej kolejności wśród mieszkańców województwa łódzkiego i świętokrzyskiego (prawie 400 nowych zachorowań na 100 tys. ludności)¹³.

Nowotwory złośliwe stanowią drugą w kolejności przyczynę zgonów w Polsce – 25,4% zgonów. W 2010 r. dla mieszkańców województwa łódzkiego stanowiły one 23% wszystkich zgonów. W woj. łódzkim 2010 roku z powodu nowotworów zmarło 7175 osób, z czego tylko w Łodzi 2331, zaś współczynnik zgonów wynosił 28,22 na 10 tys. mieszkańców, przy czym najwyższy był dla m. Łodzi – 31,37 i znacznie przekroczył średnią krajową (25,15). Wskaźnik zgonów na 10 tys. ludności z powodu nowotworów złośliwych był wyższy w grupie mężczyzn (32,0) niż w grupie kobiet (23,2). Ponad 93,6% wszystkich zgonów z powodu nowotworów złośliwych wystąpiło w wieku powyżej 50 roku życia, przy czym najwięcej zgonów ma miejsce w grupie wiekowej 70–79 lat. Zagrożenie życia z powodu nowotworów złośliwych nie zmniejsza się, a w przypadku raka jelita grubego i gruczołu krokowego wzrasta. Najczęstszymi przyczynami zgonów z powodu nowotworów złośliwych u mężczyzn są: rak płuca, żołądka, gruczołu krokowego, jelita grubego, a u kobiet: rak piersi, płuca, jelita grubego, szyjki macicy¹⁴.

Samorządy najczęściej planują realizację programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki chorób zakaźnych (głównie szczepienia) – 37,7% (dominują programy związane z przeciwdziałaniem występowaniu wirusa HPV), programy związane z promocją zdrowego odżywiania oraz przeciwdziałaniu nadwadze, otyłości i chorobom układu krążenia (13,1%)¹⁵. Samorządy terytorialne nie prowadzą działań w tym zakresie, ale na poziomie centralnym wprowadzono „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”.

W Polsce ustanowiono program wieloletni „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, realizowany w latach 2006–2015, celem którego było¹⁶:

- zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory,
- osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów,
- osiągnięcie średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia,
- stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych,
- utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i poszczególnych regionach kraju.

Realizowany jest także Populacyjny Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, oparty o skrining cytologiczny. Programem profilaktyki objęte zostały Polki między 25 a 59 rokiem życia, które w ciągu 3 ostatnich lat nie miały wykonanego wymazu cytologicznego w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia¹⁷.

¹³ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013, s. 62.

¹⁴ *Polityka Zdrowia dla Miasta Łodzi 2020+*, Uchwała NR LIX/1255/13 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 27 marca 2013 r. w sprawie przyjęcia „Polityki zdrowia dla Miasta Łodzi 2020+”, s. 8.

¹⁵ M. Wójcik (red.), *Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować?*, Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osińskiej, Warszawa 2013, s. 13

¹⁶ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. Nr 143 poz. 1200, z późn. zm.) oraz Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2010 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją zadań stanowiących elementy „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” (Dz.Urz.MZ. Nr 4 poz. 33).

¹⁷ M. Wójcik (red.), *Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować?*, s. 85.

Rak szyjki macicy

W etiologii raka szyjki macicy najważniejszą rolę odgrywa zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV, *human papilloma virus*). Obok zakażenia HPV, do czynników ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy należą m.in. wczesne rozpoczęcie życia płciowego (przed 18 rokiem życia), duża liczba partnerów seksualnych, partnerzy „wysokiego ryzyka”, zakażenie HIV lub inne upośledzające system immunologiczny, palenie tytoniu, niski status ekonomiczny oraz liczne ciążę i porody.

Priorytetową rolę winna odgrywać edukacja zdrowotna, która powinna być niezbędnym elementem działań profilaktycznych. Ponadto obniżenie wieku inicjacji seksualnej i liberalizacja kontaktów erotycznych stwarzają potrzebę intensyfikowania edukacji na temat higieny życia płciowego wśród młodzieży, szczególnie, że jest to obszar pomijany najczęściej w edukacji rodzicielskiej. Z punktu widzenia profilaktyki raka szyjki macicy niezbędne są oddziaływania mające na celu wzrost świadomości dotyczącej czynników ryzyka i odpowiedzialności młodych ludzi za własne zdrowie i życie. Edukacja dotycząca profilaktyki raka szyjki macicy musi też podkreślać znaczenie cytologicznych badań przesiewowych jako nadal najważniejszej metody wczesnego wykrywania zmian przedrakowych. Po drugie, wszystkie odnalezione zalecenia kliniczne rekomendują szczepienia młodych dziewcząt przeciw HPV jako przeciwdziałanie zmianom przednowotworowym oraz nowotworom szyjki macicy. Wprowadzenie powszechnych szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego może prowadzić do redukcji liczby przypadków raka szyjki macicy. Jednak ze względu, że szczepionki nie zapewniają ochrony przed wszystkimi onkogennymi typami wirusa HPV, konieczne jest informowanie zaszczepionych o tym, że szczepienia te nie zapewniają 100% ochrony przed rakiem szyjki macicy. Uczestnictwo w programie skriningowym opartym na cytologii od 21 do 25 roku życia lub w 3 lata od rozpoczęcia życia płciowego, pozostaje absolutnie konieczne. Przesiewowe badania cytologiczne powinny odbywać się regularnie co 3 lata¹⁸.

Profilaktyka raka szyjki macicy

Zakażenie HPV nie jest ściśle związane z rakiem szyjki macicy. Zakażenie onkogennymi typami wirusa HPV jest czynnikiem koniecznym, ale niewystarczającym dla rozwoju raka szyjki macicy, co zostało potwierdzone w badaniach przesiewowych, epidemiologicznych i przyjęte przez społeczność naukową oraz najważniejsze instytucje badawcze na świecie¹⁹. Niekonieczne prowadzi do zachorowania, gdyż w niektórych sytuacjach organizm sam się „oczyszcza” z wirusa i tym samym rak się nie rozwija.

Czynniki, które powodują zwiększenie prawdopodobieństwa zakażeniem HPV, to między innymi duża liczba partnerów seksualnych czy też wczesny wiek inicjacji seksualnej. Co istotne liczba ciąż także odgrywa duże znaczenie. Ciążę nie muszą być powiązane z młodym wiekiem inicjacji czy też z dużą liczbą partnerów, a jednak mają wpływ na zachorowanie.

¹⁸ M. Wójcik (red.), *Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować?*, s. 86.

¹⁹ A. Nowakowski, T. Jackowska, P. Oszukowski, *Profilaktyka raka szyjki macicy – problem interdyscyplinarny. Czy i jak możemy poprawić sytuację w Polsce?*, *Pediatrica Polska* 2013; 88(4) s. 340–346, il., tab., bibliogr. 21 poz., sum. za: Bosh FX, Lorincz A., Munoz N., Meijer CJ., Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002;55(4): 224–265.

Kobiety palące papierosy zwiększają u siebie prawdopodobieństwo zachorowania na ten nowotwór. Ryzyko rośnie wraz z ilością wypalanych papierosów. Stosowanie doustnej dwuskładnikowej antykoncepcji hormonalnej przez 10 lat zwiększa dwukrotnie zachorowanie na raka szyjki macicy²⁰. Dopatruje się tu związku pomiędzy stosowaniem antykoncepcji u kobiet, a braku prezerwatyw u mężczyzn.

Zaskakującym czynnikiem jest uwarunkowanie społeczno-kulturowe czy też wpływ religii. Zaobserwowano, iż w krajach muzułmańskich, np. w Egipcie lub Arabii Saudyjskiej jest bardzo mały wskaźnik zachorowania na raka szyjki macicy. Wynika, to z tego, że kobiety mają najczęściej jednego partnera.

Eliminacja zakażenia HPV nie jest aktualnie możliwa, gdyż należą one do jednych z najczęstszych zakażeń przenoszonych drogą płciową i towarzyszącą gatunkowi ludzkiemu od tysięcy lat, natomiast pewne zachowania prewencji umożliwiają ograniczenie ekspozycji na HPV lub oddziaływanie tego zakażenia na organizm²¹.

Zachorowania na inwazyjnego raka szyjki macicy poprzedzone jest wieloletnim rozwojem stanów przedrakowych powstających na podłożu przenieszonego drogą płciową zakażenia onkogennymi typami wirusa brodawczaka ludzkiego w obrębie komórek nabłonkowych szyjki macicy. Stany przedrakowe śródnabłonkową neoplazją szyjki macicy (dysplazją szyjki macicy) mogą być wykrywane w badaniach cytologicznych lub nowszymi technikami jak testy monekularne na obecność wirusa HPV²².

Na świecie zauważa się częstszą zapadalność na dysplazję niż na inwazyjne raki szyjki macicy, gdyż więcej jest badań przesiewowych. Te zmiany są wykrywane, a następnie leczone, tym samym zdiagnozowanych inwazyjnych raków szyjki macicy jest mniej. Przykładem może tu być Finlandia, gdzie zagrożenie nowotworami szyjki macicy w połowie lat 60. było podobne jak w Polsce, a która stała się wzorem skutecznej walki z tą chorobą dzięki wprowadzeniu populacyjnego programu badań przesiewowych (80% redukcja umieralności)²³.

Szczepienia na raka szyjki macicy są dostępne od 2006 r. Zmniejszają ryzyko zachorowania nawet do 100%. Szczepionki chronią najczęściej przed genotypami HCV 16 i 18. Jak wskazują badania są one najczęściej odpowiedzialne za wywoływanie raka. Najlepiej jeśli szczepionki będą podane dziewczynkom w wieku do 14 lat, które nie odbyły inicjacji seksualnej. W 19 krajach europejskich są one refundowane. Niestety Polska nie należy do tej grupy. Możemy spotkać się z inicjatywami lokalnymi, które są organizowane przez władze lokalne lub organizacje non-profit. W 2014 roku w Łodzi przeprowadzono badania wykrywające wirus brodawczaka ludzkiego. Został on całkowicie sfinansowany przez samorząd województwa łódzkiego.

²⁰ M. A. Nowakowski, J. Kotarski, *Czynniki ryzyka raka szyjki macicy i możliwość pierwotnej profilaktyki*, *Epidemiologiczny* 2011: 65(1) s. 81–88, il., tab., bibliogr. 20 poz. sum. za: Munoz N., Castellsague X, de Gonzalez AB, Gissmann L. Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. Vaccine 2006; 24 Suppl3: s. 3/1–10.

²¹ M. A. Nowakowski, J. Kotarski, *Czynniki ryzyka raka szyjki macicy i możliwość pierwotnej profilaktyki*, *Przegląd Epidemiologiczny* 2011: 65(1) s. 81–88, il., tab., bibliogr. 20 poz. sum.

²² M. A. Nowakowski, J. Kotarski, *Rak szyjki macicy w Polsce i na świecie – w świetle badań o zapadalności i umieralności*, *Przegląd Epidemiologiczny* 2011: 65(1) s. 75–79, il., tab., bibliogr. 20 poz. sum.

²³ W. Zatoński, *Europejski kodeks walki z rakiem: wersja trzecia* (2003), s. 129–130; Kraków 2007 r.

Profilaktyka zdrowotna na terenie województwa łódzkiego – Program wczesnego wykrywania zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV

W 2014 r. program wczesnego wykrywania zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV został skierowany do Pań w wieku 30–65 lat z terenu województwa łódzkiego. Wybór grupy wiekowej podyktowany jest faktem, iż w tym przedziale wiekowym najczęściej wykrywane są zmiany, na bazie których dochodzi do rozwoju raka szyjki macicy (CIN – śródnabłonkowa neoplazja szyjki macicy, CIS – rak przedinwazyjny)²⁴. Górna granica wieku wynika z faktu, iż tym kobietom nie przysługują bezpłatne badania w ramach NFZ. Program zakładał konsultacje ginekologiczne, badania na obecność DNA wirusa HPV typu 16 i 18 oraz w zależności od zaleceń lekarza także wykonanie badania cytologicznego. Nacisk kładziony był również na edukację pacjentek o czynnikach ryzyka. Program został w całości sfinansowany ze środków samorządu województwa łódzkiego. Niestety nie ma jeszcze raportu z którego możemy dowiedzieć się jaka suma została przeznaczona na ten cel i ile pań skorzystało z takiej oferty, a co najważniejsze u ilu badanych wykryto nieprawidłowości chorobotwórcze.

Podczas ostatnich 10 lat zrealizowano wiele programów profilaktycznych m.in. wykrywanie cukrzycy typu 2, raka prostaty, raka piersi, nowotworów górnych dróg oddechowych czy też programu zapobiegania próchnicy. W minionym roku Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego zorganizował następujące programy zdrowotne:

- Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla dzieci i młodzieży,
- Zapobieganie rozwojowi niedowidzenia – wczesne wykrywanie wad wzroku i zeza u dzieci,
- Program wczesnego wykrywania zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV,
- Program badań przesiewowych słuchu dla dzieci w wieku szkolnym,
- Program wczesnego wykrywania i zapobiegania chorobom układu krążenia,
- Program zdrowotny wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego,
- Program wczesnego wykrywania nowotworów płuc²⁵.

Należy zauważyć, że te programy zdrowotne posiadają pozytywną opinię konsultantów wojewódzkich z odpowiednich dziedzin medycyny. Ponadto programy wdrażane od 2010 roku uzyskały pozytywną rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznych w Warszawie²⁶.

W roku 2015 Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie zaopiniował projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)” powiatu bełchatowskiego, pod warunkiem uwzględnienia proponowanych w uzasadnieniu zmian²⁷. Identyczna opinia została wydana odnośnie „Programu pro-

²⁴ Pismo konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ginekologii onkologicznej – Prof. Andrzeja Zdziennickiego z dnia 3 października 2012 r.

²⁵ <http://www.profilaktyka.lodzkie.pl/programy-wojewodzkie/programy-2014> (dostęp: 16 luty 2015 r.)

²⁶ <http://www.profilaktyka.lodzkie.pl/programy-wojewodzkie/programy-2014> (dostęp: 16 luty 2015 r.)

²⁷ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 16/2015 z dnia 9 lutego 2015 r. o projekcie programu „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)” powiatu bełchatowskiego.

filaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) dla miasta Pabianic na rok 2015”²⁸. Natomiast negatywnie został zaopiniowany „Program wczesnego wykrywania zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV” województwa łódzkiego²⁹.

Wyniki badań ankietowych dotyczących wiedzy kobiet o HPV

Celem moich badań było zgromadzenie i przeanalizowanie informacji dotyczących wirusa brodawczaka ludzkiego od grupy 100 kobiet w dwóch miastach w Polsce.

Część badań przeprowadziłam na terenie Łodzi. Miasto zostało wybrane, gdyż posiada certyfikat „Zdrowego miasta”. Władze lokalne intensywnie działają na rzecz ochrony zdrowia swoich mieszkańców. Podejmują coraz ciekawsze inicjatywy, aby skłonić łódzian do dbania o swoje zdrowie. Dobrym i zasługującym na pochwałę jest pilotażowy program szczepień ochronnych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego. Jest on skierowany do dziewczynek w wieku 14 lat.

Drugim miastem, gdzie zostały przeprowadzone badanie jest Ostrzeszów. Nie wielkie miasto powiatowe w województwie wielkopolskim. Miasto nie może pochwalić się znaczącymi programami profilaktycznymi, ani też kampaniami społecznymi. Badania miały odpowiedzieć na postawione pytania: Czy lekarze informują swoje pacjentki o badaniach profilaktycznych? Czy kobiety korzystają z badań profilaktycznych? Czy badane posiadają wystarczającą wiedzę na temat terminów i miejsc badań?

Pierwszym pozytywnym przejawem jest to, iż Panie dowiadują się o badaniach profilaktycznych od lekarzy. Ponad połowa z nich jest zadowolona z informacji, które zostały im udzielone podczas wizyty. Ankietowane wiedzą o szczepieniach przeciw HPV, lecz większość z nich nie dowiedziała się o nich od lekarza. Lekarz jest osobą godną zaufania i szanowaną wśród społeczeństwa. Jego zawód jest utożsamiany z mądrością. Tym samym nie mogę zrozumieć, że lekarze nie zdają sobie sprawy lub nie przywiązują wagi jak duży mają wpływ na nasze zdrowie i życie. Informacje, porady, zalecenia, które właśnie od nich otrzymujemy traktujemy poważnie i skrupulatnie się do nich stosujemy. Uważam, że poinformowanie pacjentek o możliwości zaszczepienia się przeciw HPV przez lekarza odniosłoby istotny skutek

Ponad 80% respondentek nie zaszczepiła się. Może to wynikać z dwóch powodów. Po pierwsze, trzeba pamiętać, że ze szczepień mogą korzystać dziewczynki do 14 roku życia lub kobiety, które jeszcze nie współżyły. Natomiast większość Pań, które wypełniły ankiety były w wieku 47–57 lat. Drugim powodem jest nie informowanie pacjentek przez lekarza. Trzeba zdawać sobie sprawę z faktu, iż nawet gdy kobieta nie może skorzystać z tego badania, a została powiadomiona może podzielić się z tą informacją z znajomą, siostrą, kuzynką czy córką. Automatycznie inne osoby mogą uchronić się przed rakiem szyjki macicy, który „zbiera olbrzymie żniwo” w Polsce. Badane w znacznej części nie otrzymały informacji o możliwości zmniejszenia ryzyka zachoro-

²⁸ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 70/2015 z dnia 30 marca 2015 r. o projekcie programu „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) dla miasta Pabianic na rok 2015”.

²⁹ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 21/2015 z dnia 9 lutego 2015 r. o projekcie programu „Program wczesnego wykrywania zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV” województwa łódzkiego.

wania na raka szyjki macicy. Zakomunikowanie pacjentkom, iż wpływ ma duża liczba partnerów, wczesne rozpoczęcie współżycia, brak prezerwatyw czy też długotrwała antykoncepcja hormonalna mogłoby wpłynąć na zmianę zachowania, a tym samym na obniżenie ryzyka.

Badane mają podstawową wiedzę na temat profilaktyki i chętnie uczestniczą w badaniach, co potwierdziły wyniki ankiety. Znaczna część respondentek przyznała się, że dopiero po otrzymaniu kwestionariusza zapoznała się z informacjami o HPV. Mimo dużej ilości kampanii społecznych nadal wiedza o profilaktyce, nowotworach jest niepełna.

Podobne badania zostały przeprowadzone w województwie łódzkim na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego. Dotyczyły one wiedzy i potrzeb mieszkańców w zakresie profilaktyki chorób. Obejmowały one grupę 1000 respondentów w okresie lipca–sierpnia 2010 r. Porównując te badania główną różnicą jest, iż w moich badaniach brały udział tylko kobiety, natomiast badania Kotowskiego³⁰ obejmowały całą populację. Także skala badań jest nieporównywalna. Wspólnym wnioskiem jest, że ponad połowa ankietowanych brała udział w badaniach profilaktycznych. Wskaźnik w moich badaniach oscylował w granicach 80%, natomiast w zleconych przez Urząd Marszałkowski wynosił 57%. Wyniki pokrywają się, co do poziomu zadowolenia respondentów z badań profilaktycznych. Odsetek niezadowolonych jest znikomy. Kolejnym zbieżnym elementem jest, iż ankietowani dowiadują się o badaniach przede wszystkim od lekarza, następnym źródłem są media (prasa lokalna, telewizja, radio). W tym przypadku możemy wskazać na istotną różnicę – w badaniach Kotowskiego respondenci nie wskazali, że dowiadują się o badaniach od znajomych, natomiast w moich, znajomi zajmują trzecie miejsce jako źródło informacji.

Konkludując należy wrócić uwagę, że nasze społeczeństwo jest zainteresowane profilaktyką i chętnie uczestniczy w coraz liczniejszych akcjach propagujących zdrowie.

Kierunki zmian polityki zdrowia w Polsce Polki coraz chętniej korzystają z oferty badań przesiewowych. Informacji dostarczają wszechobecne media. Na kampanie zachęcające do badań państwo przeznacza rocznie miliony złotych. Niejednokrotnie, indywidualne zaproszenia na badania są wysyłane pocztą. Mimo tego na tle Europy nie wypadamy najlepiej. Umieralność kobiet z powodu raka szyjki macicy jest w Polsce ponad dwukrotnie wyższa niż średnia w krajach Unii Europejskiej, a dynamika spadku jest bardzo wolna. Szacuje się, że jeśli nie ulegnie poprawie, potrzebujemy około 20 lat, aby osiągnąć jej obecny, przeciętny poziom w Unii³¹. Nadal stan wiedzy społeczeństwa nie jest wystarczający, jeśli chodzi o temat czynników ryzyka i źródeł chorób, szczepień i dostępnych badań. Ponadto wśród ludzi panuje wiele, błędnych opinii, przekonań i stereotypów na temat raka. W świadomości Polaków rak to wyrok, choroba śmiertelna i jednocześnie wstydliva.

Następnym krokiem, jeśli chodzi o profilaktykę w tym profilaktykę nowotworów powinno być promowanie zdrowia od najmłodszych lat. W ten sposób przyszłe

³⁰ http://www.profilaktyka.lodzkie.pl/sites/default/files/document/attachments/badanie_ankietowe_nt_wiedzy_i_potreb_mieszkancow_wojewodztwa_lodzkiego_w_zakresie_profilaktyki_chorob_-_artur_kotowski.pdf.

³¹ A. Ostrowska, *Profilaktyka zdrowotna: interpretacje, definicje sytuacji, racjonalności (przypadek profilaktyki ginekologicznej kobiet)*, *Studia socjologiczne* 2011, za: B. Wojtyniak, P. Goryński. 2008. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny.

pokolenia będą miały rzetelną wiedzę na temat zdrowego stylu życia, zachowań prozdrowotnych, szczepień. Może wtedy lekarz nie byłby osobą, do której się przychodzi, gdy coś już dolega, tylko po poradę. Można wzorować się na zachowaniach Europejki m.in. na Niemkach, które z okazji dnia swoich urodzin fundują sobie cytologię, większość Francuzek wita Nowy Rok z „białą kartą”, na którą wpisują w styczniu terminy badań profilaktycznych na nadchodzący rok, a dla Holenderek i Skandynawek, regularne badania przesiewowe są rytuałem zdrowego stylu życia.

Istotny jest także fakt, iż wkład lekarzy w promowanie zachowań antynowotworowych w Polsce nie jest duży. Najczęściej korzystamy z porad lekarzy pierwszego kontaktu i to na nich spoczywa obowiązek informowania o przyczynach nowotworów i zmniejszenia ryzyka zachorowania. Zgodzę się ze stanowiskiem Kuszewskiego³², iż należy przeprowadzić reformę, aby zachęcić lekarzy do takiego postępowania. Występują również silne bariery społeczne w korzystaniu z profilaktyki. Przede wszystkim ludzie nie chcą korzystać z bezpłatnych badań przesiewowych i badań profilaktycznych. Dowodem na to może być nie korzystanie przez ubezpieczonych z darmowych programów profilaktycznych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. NFZ wydał zaledwie 70% środków zaplanowanych na programy profilaktyczne. Na badania przesiewowe dotyczące raka szyjki macicy zgłosiło się 11% zapraszanych kobiet, na mammografię zaś 19%³³. Świadomość społeczeństwa jest dramatycznie niska. A z tego wynika zadanie, które mogą wypełnić lekarze rodzinni. Trzeba im za to zapłacić, jednak nie ogólnie, ale za procedurę profilaktyczną *fee for service*. Nie ma innej możliwości, aby zmienić sytuację.

Podsumowanie

Potrzeby zdrowotne mieszkańców są umiejscowione w lokalnej polityce społecznej. Szczególnie znaczące jest to, jak lokalne podmioty tej polityki zaspokajają owe potrzeby. Z uwagi na to, że potrzeby powstają w danym środowisku i to w nim są często realizowane, tu dochodzi do bezpośredniego styku potrzeb i środków na ich zaspokojenie. Środki finansowe w dużej części docierają do potrzebujących po zakończeniu długiej drogi od centrum do gminy. Jest istotne również to, że instytucje lokalne nie są anonimowe dla mieszkańców. To powoduje, że ocena społeczna sposobu realizacji lokalnej polityki społecznej, w tym jej części dotyczącej ochrony zdrowia, jest oparta na bezpośrednim doświadczeniu i obserwacjach obywateli. Oznacza to, że tu nie ocenia się tylko deklaracji słownych z czasu kampanii wyborczych, lecz realne efekty osiągane przez podmioty zaspokajające potrzeby społeczne. Należy zaznaczyć, że im ściślej poszczególne instytucje współpracują w dziedzinie profilaktyki i kształtowania prozdrowotnych postaw i zachowań społecznych wśród osób będących w różnym wieku, tym bardziej przyczynią się do poprawy zdrowia społeczeństwa, a tym samym odciążą medycynę naprawczą³⁴.

³² K. Kuszewski, „Narodowy Program Zdrowia” jako narzędzie polityki zdrowotnej państwa” [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/C55E9254BB8F59E2C1257A30003D51F0/\\$file/2_20.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/C55E9254BB8F59E2C1257A30003D51F0/$file/2_20.pdf).

³³ Narodowy Fundusz Zdrowia, Sprawozdanie z działalności za 2008 r., Warszawa 2009.

³⁴ A. Kurzynowski, Miejsce ochrony zdrowia w krajowej i lokalnej polityce społecznej, http://www.pkps.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=241:polityka-spoeczna&catid=32&Itemid=153.

Podsumowując można stwierdzić, że na terenie województwa łódzkiego od wielu lat podejmowane są różnorodne inicjatywy profilaktyczne i promujące zdrowie. Niestety ich skuteczność często jest niezadowalająca. Przyczyn tego zjawiska można upatrywać w rozproszeniu działań (terytorialnym oraz instytucjonalnym), niewystarczających nakładach finansowych, niskiej świadomości zdrowotnej mieszkańców, nieskutecznych kampaniach informacyjno-edukacyjnych, ale przede wszystkim w braku koordynacji działań w regionie. Niniejszy wniosek wskazuje na konieczność intensyfikacji i usprawnienia realizowanych działań, dzięki czemu poprawi się ich efektywność, zwiększy się liczba mieszkańców regionu, którzy z nich korzystają, co w konsekwencji może wpłynąć pozytywnie na świadomość i stan zdrowia populacji województwa, w tym zachorowalność i śmiertelność.

Bibliografia

- Indulski J. A., Jethona Z., Dawydzik L. T. (red.), *Zdrowie publiczne – wybrane zagadnienia*, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2000.
- Jonderko G., Marcisz C., *Promocja zdrowia – podstawy teoretyczne i praktyczne*, „Medycyna Środowiskowa” 2008 11(1).
- Kulesza E., *Lokalna polityka społeczna*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013.
- Kurzynowski A., *Miejsce ochrony zdrowia w krajowej i lokalnej polityce społecznej*, http://www.pkps.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=241:polityka-spoeczna&catid=32&Itemid=153.
- Kuszeński K., „Narodowy Program Zdrowia” jako narzędzie polityki zdrowotnej państwa” [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/C55E9254BB8F59E2C1257A30003D51F0/\\$file/2_20.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/C55E9254BB8F59E2C1257A30003D51F0/$file/2_20.pdf).
- Lach D. E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- Łokaj M., *Projekt ustawy o zdrowiu publicznym – zakres regulacji i skutki*, Serwis Prawo i Zdrowie 2015.
- Magnuszevska-Otulak G., *Wybrane problemy polityki zdrowotnej w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej” 2013.
- Nowakowski A., T. Jackowska, P. Oszukowski, *Profilaktyka raka szyjki macicy – problem interdyscyplinarny. Czy i jak możemy poprawić sytuację w Polsce?*, *Pediatra Polska* 2013.
- Nowakowski M. A., J. Kotarski, *Czynniki ryzyka raka szyjki macicy i możliwość pierwotnej profilaktyki*, *Epidemiologiczny* 2011.
- Nowakowski M. A., J. Kotarski, *Rak szyjki macicy w Polsce i na świecie – w świetle badań o zapadalności i umieralności*, *Przegląd Epidemiologiczny* 2011.
- Piasecka A., *Komunikowanie wartości zdrowia w polskich kampaniach społecznych – wymiar edukacyjny*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2008.
- Ostrowska A., *Profilaktyka zdrowotna: interpretacje, definicje sytuacji, racjonalności (przypadek profilaktyki ginekologicznej kobiet)*, *Studia socjologiczne* 2011.
- Synowiec-Piłat M., *Promocja zdrowia i profilaktyka onkologiczna w działaniach organizacji pozarządowych*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2009.
- Wójcik M. (red.), *Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować?*, Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osińskiej, Warszawa 2013.
- Zatoński W., *Europejski kodeks walki z rakiem: wersja trzecia (2003)*, Kraków 2007.
- Zimna T., *Programy zdrowotne – realizacja i zasady finansowania*, Serwis Prawo i Zdrowie, Wolters Kluwer, Warszawa 2014.

Książka wpisuje się w nurt rozważań na temat aktualnych procesów i zjawisk zachodzących w lokalnych i regionalnych społecznościach. Jej celem jest ukazanie różnych aspektów funkcjonowania samorządu terytorialnego w ramach przysługującego mu prawa do tworzenia własnych rozwiązań i strategii w obszarze polityki społecznej. Autorzy zaprezentowali istotne problemy społeczne i możliwe metody radzenia sobie z nimi w skali lokalnej i regionalnej.



WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO

www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl
tel. (42) 665 58 63, faks (42) 665 58 62

ISBN 978-83-7969-690-1



9 788379 696901